

## AVVISO

### PUBBLICAZIONE DELLE ZONE CARENTI ALLA DATA DEL 30/09/2009 DI ASSISTENZA PRIMARIA, CONTINUITA' ASSISTENZIALE E EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

#### ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART 8 DEL D.Lgs. N. 502/1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI, RECEPITO CON ATTO D'INTESA STATO REGIONI DEL 29.07.2009 – PREACCORDO CON I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA SOTTOSCRITTO IL 29/9/2005:

##### **Ambiti territoriali inferiori a 40.000 residenti**

Pur mantenendo invariata la base di calcolo di 1/1000, quale rapporto ottimale per la determinazione delle zone carenti, prima di avviare la procedura per la pubblicazione della carenza, nell'ambito di ciascun comitato aziendale si dovrà tener conto di un ulteriore parametro, di seguito definito.

Tale parametro consiste nella valutazione della distribuzione delle scelte in carico ai medici convenzionati presenti in quel determinato ambito territoriale.

In particolare non scatta la pubblicazione della zona carente qualora nell'ambito in questione risultino essere presenti almeno 1 (un) medico con scelte inferiori a 300 e 2 (due) medici in grado di acquisire scelte, al fine di garantire la possibilità di scelta per l'utente all'interno di una rosa di tre medici.

##### **Ambiti territoriali superiori a 40.000 residenti**

Il rapporto medico/popolazione residente diventa 1/1200. La frazione d'utenti che comporterà la pubblicazione di una carenza deve essere superiore a 600.

### PUBBLICAZIONE DELLE ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA

<b>AZIENDE UU.SSL. ZONE CARENTI</b>	<b>ASSISTENZA PRIMARIA N. POSTI</b>
<hr/>	
<b>Azienda USL 3 di Pistoia</b> Ambito territoriale di: Montecatini Terme, Massa e Cozzile, Pieve a Nievole, Ponte Buggianese (*)	1
<hr/>	
<b>Azienda USL 5 di Pisa</b> Ambito territoriale di: Pontedera	2
Ambito territoriale di: Capannoli/Terricciola	1
Ambito territoriale di: San Giuliano Terme	1
Ambito territoriale di: Vecchiano	2
<hr/>	

**Azienda USL 7 di Siena**

Ambito territoriale di:

Castellina in Chianti / Gaiole in Chianti / Radda in Chianti 1

Ambito territoriale di:

San Gimignano 1

---

**Azienda USL 9 di Grosseto**

Ambito territoriale di:

Distretto 3 Amiata grossetana (\*\*) 1

---

**Azienda USL 10 di Firenze**

Ambito territoriale di:

Calenzano 1

Ambito territoriale di :

Bagno a Ripoli 1

---

(\*) con obbligo di ambulatorio a Massa e Cozzile

(\*\*) con obbligo dell'ambulatorio principale nel comune di Castell'Azzara

**Per l'attribuzione degli incarichi si utilizza la graduatoria redatta ai sensi dell' ACN del 23/03/05 e secondo i criteri di assegnazione previsti dall'Accordo vigente.**

L'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale recepito con Atto d'Intesa Stato-Regioni il 29 luglio 2009, dispone che per lo svolgimento dell'attività di assistenza primaria le Aziende UU.SS.LL. conferiscono incarichi a tempo indeterminato secondo il seguente ordine di priorità:

- a)** ai medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria della Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti e quelli già inseriti in un elenco di assistenza primaria di altre regioni, ancorchè non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione che risultino iscritti, rispettivamente, da almeno **due anni** e da almeno **quattro anni** nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N., eccezione fatta per l'attività di continuità assistenziale. L'anzianità di iscrizione negli elenchi deve essere maturata alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di **un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda**. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento. Per l'assegnazione di tali incarichi i medici sono graduati in base all'anzianità di iscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria determinata secondo i criteri stabiliti dall'art. 34, comma 7, ACN medicina generale di cui all'Atto d'intesa del 29 luglio 2009;
- b)** ai medici inclusi nella graduatoria regionale settore assistenza primaria valida per l'anno in corso, graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
- 1) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale settore assistenza primaria di cui all'art. 15, ACN 23.3.2005;
  - 2) attribuzione di punti 5 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale;
  - 3) attribuzione di punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale.

**Ai sensi dell'art. 15 comma 11 dell' ACN di Medicina generale 29 luglio 2009 i medici già titolari di incarico di Assistenza primaria possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.**

Per l'assegnazione delle zone carenti, le percentuali di cui all'art. 16, comma 7, ACN 29 luglio 2009, sono confermate dal Preaccordo regionale nella misura del:

- **80%** a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in Medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del Decreto Legislativo n. 256/91 e Decreto Legislativo n. 268/99;
- **20%** a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Qualora non vengano assegnate, per carenza di domande di incarico, zone carenti spettanti ad una delle due percentuali di aspiranti, le stesse verranno assegnate all'altra percentuale di aspiranti.

Si ricorda, inoltre che la **Norma Finale n. 2, ACN 29.07.2009**, prevede che "Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 15, non in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale e che conseguono tale attestato dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria, è consentito, previa presentazione del titolo unitamente alla domanda, partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti e degli ambiti territoriali carenti nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'art. 16, comma 7, lettera a) con l'attribuzione del relativo punteggio".

In alternativa alla presentazione del titolo conseguito, è consentita, ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000, l'autocertificazione, come si vince dal testo del modulo di domanda di partecipazione alla copertura dei posti vacanti.

Gli interessati dovranno inviare, **entro 15 giorni** dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, un'unica **domanda in carta libera** utilizzando gli appositi moduli disponibili sul sito della Regione Toscana [www.salute.toscana.it](http://www.salute.toscana.it) alla voce Modulistica/Bandi (<http://www.salute.toscana.it/risorse/modulistica.shtml>).

**La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.**

La domanda deve essere indirizzata all'**Azienda USL N. 10 DI FIRENZE S.S. ACQUISIZIONE DELLE RISORSE UMANE, VIA DI SAN SALVI N. 12, PALAZZINA 16 - 50135 FIRENZE, a mezzo Raccomandata A.R.** e deve riportare chiaramente sull'esterno della busta la scritta: "**DOCUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE AI POSTI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA**".

L'Azienda USL n. 10 di Firenze provvede all'individuazione degli aventi diritto anche per conto delle altre Aziende UU.SS.LL., che rimangono competenti all'adozione del provvedimento di conferimento dell'incarico.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER TRASFERIMENTO)**

Raccomandata AR

ALL' AZIENDA SANITARIA N. 10 FIRENZE <sup>(1)</sup>  
S.S. ACQUISIZIONE DELLE RISORSE UMANE  
Via di San Salvi n. 12, Palazzina 16  
50135 FIRENZE

Il sottoscritto Dr. .... nato a .....

Prov..... il ..... Codice Fiscale .....

Residente a ..... Via .....

n..... CAP ..... Tel..... Cell.....

Indirizzo e-mail .....

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art.34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui all'Atto d'Intesa Stato/Regioni del 29.07.2009 per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n..... del..... e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito ..... ASL ..... Ambito ..... ASL.....

Ambito ..... ASL..... Ambito..... ASL.....

Ambito ..... ASL..... Ambito ..... ASL.....

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione):

1) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda Sanitaria n.....di.....per l'ambito territoriale di ..... della Regione ..... dal .....

2) di essere stato precedentemente iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria dal..... al ..... ambito ..... Regione .....

dal..... al ..... ambito ..... Regione.....

3) di aver conseguito il diploma di laurea in data ..... con voto ...../110

4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data .....

5) di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici della Provincia di .....dal.....

Il sottoscritto dichiara, inoltre, ai sensi dell'art 47 del D.P.R n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà):

di svolgere/non svolgere <sup>(2)</sup> altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N. alla data di presentazione della presente domanda, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale, (in caso affermativo dichiarare il tipo o i tipi di attività con numero di ore di impegno settimanale):

..... ore sett. ....  
 ..... ore sett.....  
 ..... ore sett.....

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000) dichiara sotto la propria responsabilità che quanto è riportato nella presente domanda risponde a verità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza  
 il domicilio sotto indicato:

.....  
 .....

Data .....

.....  
**(firma autenticata)\***

(\* **ATTENZIONE:** La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

**L'inosservanza di quanto sopra evidenziato comporta l'esclusione della domanda.**

- (1) L'Azienda Sanitaria n. 10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.  
 (2) Cancellare la parte che non interessa

Ai sensi dell'art. 13 del DLGS 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

**N.B.**

- **Il medico che, concorre all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui all'art. 34 comma 2 lett. a), ACN 29.07.2009, ed accetta l'incarico, decade comunque, dall'iscrizione negli elenchi del Comune di provenienza.**
- **Ai sensi dell'art. 15 comma 11, ACN Medicina generale del 29.07.2009, il medico già titolare di incarico di assistenza primaria può partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento.**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER GRADUATORIA)**

Raccomandata AR

ALL' AZIENDA SANITARIA N. 10 FIRENZE <sup>(1)</sup>  
S.S. ACQUISIZIONE DELLE RISORSE UMANE  
Via di San Salvi n. 12, Palazzina 16  
50135 FIRENZE

Il sottoscritto Dr. .... nato a .....

Prov..... il ..... Codice Fiscale .....

Residente a ..... Via .....

n..... CAP ..... Tel..... Cell.....

Indirizzo e-mail .....

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui all'atto d'intesa stato/regioni del 29.07.2009, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n..... del..... e segnatamente per gli ambiti sotto indicati:

**(barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

**Azienda USL 3 di Pistoia**

Ambito territoriale di:

Montecatini Terme, Massa e Cozzile, Pieve a Nievole, Ponte Buggianese (\*)      1      47011 ( )

**Azienda Usl 5 di Pisa**

Ambito territoriale di:

Pontedera      2      50029 ( )

Ambito territoriale di:

Capannoli/Terricciola      1      50005 ( )

Ambito territoriale di :

San Giuliano Terme      1      50031 ( )

Ambito territoriale di:

Vecchiano      2      50037 ( )

**Azienda USL 7 di Siena**

Ambito territoriale di:

Castellina in Chianti / Gaiole in Chianti / Radda in Chianti 1 52005 ( )

Ambito territoriale di:

San Gimignano 1 52028 ( )

**Azienda USL 9 di Grosseto**

Ambito territoriale di:

Distretto 3 Amiata grossetana (\*\*) 1 53005 ( )

**Azienda USL 10 di Firenze**

Ambito territoriale di:

Calenzano 1 48005 ( )

Ambito territoriale di :

Bagno a Ripoli 1 48001 ( )

(\*) con obbligo di ambulatorio a Massa e Cozzile

(\*\*) con obbligo dell'ambulatorio principale nel comune di Castell'Azzara

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione):

1) di essere residente nel Comune di.....

con decorrenza dal (g/m/a)<sup>(2)</sup> .....PRECEDENTI RESIDENZE: (indicare g/m/a)<sup>(2)</sup>

- dal ..... al ..... Comune di.....

- dal ..... al ..... Comune di.....

- dal ..... al ..... Comune di.....

- dal ..... al ..... Comune di.....

2) di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria

3) di aver conseguito il diploma di laurea in data ..... con voto ...../110

4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data .....

5) di essere incluso nella graduatoria regionale settore assistenza primaria valida per l'anno 2009

6) di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine Medici della Provincia di ..... dal.....

7) vista la norma finale n. 2 dell'ACN 29.07.2009, di essere/non essere<sup>(3)</sup> in possesso del Titolo di

Formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 e D.L.vo n.368/99, conseguito in data

\_\_\_\_\_ nella Regione \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16 comma 7 e comma 9 del ACN 29.07.2009 chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato **barrare una sola**

**casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata):**

- ( ) riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 e D.Lgs. n. 368/99 (art.16, comma 7, lett. a, ACN 29.07.2009);
- ( ) riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art.16, comma 7, lett. b, ACN 29.07.2009).

**Il sottoscritto consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazione mendace (art 76 D.P.R. 445/2000) dichiara sotto la propria responsabilità che quanto è riportato nella presente domanda risponde a verità**

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ( ) la propria residenza
- ( ) il domicilio sotto indicato:

.....

.....

Luogo e Data .....

.....  
(firma autenticata)\*

(\*)**ATTENZIONE:** La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

**L'inosservanza di quanto sopra evidenziato comporta l'ESCLUSIONE della domanda.**

- (1) L'Azienda Sanitaria n. 10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
- (2) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal **31/01/06**. In caso di indicazione del solo mese e anno la decorrenza verrà valutata dall'ultimo giorno del mese indicato; in caso di indicazione del solo anno la decorrenza verrà valutata dal 31/12 dell'anno indicato. La mancata compilazione degli spazi relativi alla residenza comporta la non attribuzione dei punteggi di cui art. 34, comma 3, lett. b) e c) ACN 29.07.2009.
- (3) Cancellare la parte che non interessa.

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

**N.B:**

- **I medici già titolari di incarico di Assistenza Primaria possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento (ACN medicina generale 29.07.2009, art. 15 comma 11).**
- **Si fa presente che ai sensi dell'art. 34 comma 9, ACN 29.07.2009 è cancellato dalla graduatoria regionale settore assistenza primaria ai soli fini del conferimento degli incarichi di assistenza primaria il medico che abbia accettato l'incarico per la copertura di un posto carente.**



## AVVISO

**PUBBLICAZIONE DELLE ZONE CARENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
AL 30/09/2009**

Denominazione	n° posti vacanti
Azienda USL 1 di Massa e Carrara	8
Azienda USL 2 di Lucca	2
Azienda USL 3 di Pistoia	6
Azienda USL 4 di Prato	5
Azienda USL 6 di Livorno	3
Azienda USL 7 di Siena	2
Azienda USL 8 di Arezzo	16
Azienda USL 9 di Grosseto	18
Azienda USL 10 di Firenze	9
Azienda USL 11 di Empoli	3

**Totale posti vacanti: 72**

Per l'attribuzione degli incarichi si utilizza la graduatoria redatta ai sensi dell'ACN del 29.07.2009 e secondo i criteri di assegnazione previsti dall'Accordo vigente.

L'art. 63 dell'ACN 29.07.2009 dispone che per lo svolgimento dell'attività di continuità assistenziale le Aziende Sanitarie Locali conferiscono incarichi a tempo indeterminato secondo il seguente ordine di priorità:

- a) ai medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale nelle Aziende, anche diverse, della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in Aziende di altre Regioni, anche diverse, ancorchè non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno **due anni** e da almeno **tre anni** dell'incarico dal quale provengono e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o di pediatria di base, con un carico di assistiti rispettivamente inferiore a **650 e 350**. I periodi di servizio effettivo devono essere maturati alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda. I trasferimenti sono possibili **fino alla concorrenza di metà dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti funzionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità inferiore**. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento. Per l'assegnazione di tali incarichi, i medici sono graduati in base all'anzianità di servizio effettivo in qualità di incaricato a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale o ex-guardia medica, secondo i criteri stabiliti dall'art. 63, comma 8, ACN 29.07.2009;

- b) ai medici inclusi nella graduatoria regionale settore continuità assistenziale valida per l'anno in corso, graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
1. attribuzione del punteggio riportato nella relativa graduatoria regionale settore continuità assistenziale;
  2. attribuzione di punti 10 a coloro che, nell'ambito della Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono, abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico;
  3. attribuzione di punti 10 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

**Ai sensi dell'art. 63, comma 9, ACN 29.07.2009, a parità di posizione prevalgono nell'ordine la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.**

**Ai sensi dell'art. 15 comma 11, ACN Medicina generale 29.07.2009, i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento.**

Per l'assegnazione delle zone carenti, le percentuali di cui all'art. 16, comma 7 ACN 29.07.2009, rimangono riservate per l'anno 2009 nella stessa misura:

- **80%** a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 e all'art. 2, comma 2, del Decreto Legislativo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al Decreto Legislativo n. 368/99;
- **20%** a favore dei medici in possesso di titolo equipollente. Qualora non vengano assegnate, per carenza di domande di incarico, zone carenti spettanti ad una delle due riserve di aspiranti, le stesse vengano assegnate all'altra riserva di aspiranti.

Si ricorda, inoltre, che la Norma Finale n. 2, ACN 29.07.2009 prevede che "Ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 non in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e che conseguano tale attestato dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria, è consentito, previa presentazione del titolo unitamente alla domanda, partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti e degli ambiti territoriali carenti nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'art. 16, comma 7, lettera a) con l'attribuzione del relativo punteggio". In alternativa alla presentazione del titolo conseguito, è consentita l'autocertificazione, come si evince dal testo del modulo di domanda di partecipazione alla copertura dei posti vacanti di continuità assistenziale.

Gli interessati dovranno inviare, **entro 15 giorni** dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, un'unica **domanda in carta libera** utilizzando gli appositi moduli disponibili sul sito della Regione Toscana [www.salute.toscana.it](http://www.salute.toscana.it) alla voce Modulistica/Bandi (<http://www.salute.toscana.it/risorse/modulistica.shtml>).

Sulla domanda, indirizzata a: **AZIENDA SANITARIA N. 10 DI FIRENZE, S.S. ACQUISIZIONE DELLE RISORSE UMANE, VIA DI SAN SALVI, 12 PALAZZINA 16 - 50135 FIRENZE**, dovranno essere indicate le Aziende Sanitarie Locali per le quali il medico intende concorrere. L'Azienda Sanitaria n. 10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie Locali della Toscana.

**La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R n. 445 del 28.12.2000.**

Le domande dovranno essere **inviare esclusivamente tramite Raccomandata A.R.** e riportare chiaramente sull'esterno della busta la scritta:

**"DOCUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE AI POSTI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE.**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
(PER GRADUATORIA)**

Raccomandata A.R

ALL' AZIENDA SANITARIA N. 10 FIRENZE <sup>(1)</sup>  
S.S. ACQUISIZIONE DELLE RISORSE UMANE  
Via di San Salvi,12 - Palazzina 16  
50135 FIRENZE

Il sottoscritto Dr. .... nato a .....

Prov..... il ..... Codice Fiscale .....

Residente a ..... Via .....

n..... CAP ..... Tel..... Cell.....

Indirizzo e-mail .....

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 29.07.2009 per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n..... del..... nelle seguenti Aziende Sanitarie Locali:

ASL n. .... n.....n..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà):

1) di essere residente <sup>(2)</sup> nel Comune di ..... con decorrenza dal (g/m/a).....

PRECEDENTI RESIDENZE: (indicare g/m/a) <sup>(2)</sup>

dal.....al.....Comune di.....

dal.....al.....Comune di.....

dal.....al.....Comune di.....

dal.....al.....Comune di.....

2) di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale

3) di aver conseguito il diploma di laurea in data ..... con voto ...../110

4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data .....

5) di essere incluso nella graduatoria regionale settore continuità assistenziale valida per l'anno 2009.

6) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della provincia di.....dal.....

7) Vista la norma finale n. 2 dell' ACN 29.07.2009, di essere in possesso del titolo di formazione in medicina generale di cui al D. Lgs n. 256/91 conseguito in data.....nella Regione.....

Il sottoscritto, in osservanza di quanto previsto dall'art.16 comma 7 e comma 9 del DPR 270/00 chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (**barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata**):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs n. 256/91 (art.16, comma 7, lett. a, ACN 29.07.2009);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art.16, comma 7, lett. b, ACN 29.07.2009).

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

.....

.....

Luogo e data .....

.....  
(firma autenticata)\*

(\* **ATTENZIONE:** La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore ai sensi dell'art.38 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

**L'inosservanza di quanto sopra evidenziato comporta l'ESCLUSIONE della domanda.**

- (1) L'Azienda Sanitaria n.10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
- (2) **La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31/01/06.** In caso di indicazione del solo mese e anno la decorrenza verrà valutata dall'ultimo giorno del mese indicato; in caso di indicazione del solo anno la decorrenza verrà valutata dal 31/12 dell'anno indicato. **La mancata compilazione degli spazi relativi alla residenza comporta la non attribuzione dei punteggi di cui art. 63 comma 4, lett. b) e c) ACN 29.07.2009.**

Ai sensi dell'art. 13 del DLGS 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

**N.B.**

- I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento (ACN medicina generale, art. 15 comma 11)
- Si fa presente che ai sensi dell'art. 63 comma 15, ACN 29.07.2009 è cancellato dalla graduatoria regionale settore continuità assistenziale valida per l'anno 2009 ai soli fini del conferimento degli incarichi di continuità assistenziale, il medico che abbia accettato l'incarico per la copertura di un posto vacante.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
(PER TRASFERIMENTO)**

Raccomandata AR

ALL' AZIENDA SANITARIA N. 10 FIRENZE<sup>(1)</sup>  
S.S. ACQUISIZIONE DELLE RISORSE UMANE  
Via di San Salvi,12 – Palazzina 16  
50135 FIRENZE

Il sottoscritto Dr. .... nato a .....

Prov..... il ..... Codice Fiscale .....

Residente a ..... Via .....

n..... CAP..... Tel..... Cell.....

Indirizzo e-mail .....

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui all'Atto d'intesa stato/ regioni del 29.07.2009 per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n..... del..... nelle seguenti Aziende Sanitarie Locali:

ASL n. .... ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n.....

ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n..... ASL n.....

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà):

1) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale presso l'Azienda Sanitaria n. ... di..... della Regione .....  
dal .....

2) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale:

dal..... al ..... ASL ..... Regione .....

dal..... al ..... ASL ..... Regione .....

3) di provenire/ non provenire<sup>(2)</sup> da un'Azienda di cui all'art. 64, comma 4, ACN 29.07.2009 <sup>(3)</sup>;

4) di aver conseguito il diploma di laurea in data ..... con voto ...../110

- 5) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data .....
- 6) di essere iscritto all'Albo provinciale dell'Ordine dei Medici della Provincia di.....dal.....
- 7) di svolgere/non svolgere<sup>(2)</sup> altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N. alla data di presentazione della presente domanda, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o di pediatria di base con un carico di assistiti rispettivamente inferiore a 650 e 350 (in caso affermativo dichiarare il tipo o i tipi di attività con numero di ore di impegno settimanale):
- ..... ore sett. ....
- ..... ore sett.....
- ..... ore sett.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

.....

.....

Luogo e data .....

.....  
(firma autenticata)\*

(\*) **ATTENZIONE** : La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore ai sensi dell'art.38 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

**L'inosservanza di quanto sopra evidenziato comporta l'esclusione della domanda.**

- (1) L'Azienda Sanitaria n. 10 di Firenze provvede allo svolgimento della procedura anche per conto delle altre Aziende Sanitarie della Toscana.
- (2) Cancellare la parte che non interessa
- (3) Ai sensi dell' ACN 29.07.2009, art.63, comma 8, lett.c), l'anzianità di servizio a valere per l'assegnazione degli incarichi vacanti di cui all'art.63, comma 2, lett. a, è determinata sommando un'anzianità pari a 18 mesi per trasferimenti interregionali con provenienza da aziende con medici in esubero, di cui all'art. 64, comma 4.

**Ai sensi dell'art. 13 DLgs n. 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.**

**N.B.**

- **I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento (ACN medicina generale, art. 15 comma 11)**
- **Si fa presente che il medico che concorre all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui all'art. 63 comma 2, lett. a) ACN 29.07.2009 in caso di accettazione, decade dall'incarico di provenienza.**

## AVVISO

PUBBLICAZIONE DELLE ZONE CARENTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
AL 30/09/2009

Denominazione	Indirizzo	n° turni vacanti a 38 h sett.
Azienda USL 1 di Massa Carrara	Via Don Minzoni, 3 – 54033 - CARRARA	10
Azienda USL 7 di Siena	Via Roma, 75 – 53100 - SIENA	2
Azienda USL 9 di Grosseto	Via Cimabue, 109 – 58100 - GROSSETO	4
Azienda USL 10 di Firenze	Via di San Salvi, 12 Palazzina 16 - 50135 - FIRENZE	2
Azienda USL 11 di Empoli	Via dei Cappuccini, 79 – 50053 – EMPOLI (FI)	6

**Totale turni vacanti : 24**

**Per l'attribuzione degli incarichi si utilizza la graduatoria redatta a norma dell'Accordo vigente come pure i criteri per l'assegnazione.**

L'art. 92 dell'ACN 29.07.2009 dispone che per lo svolgimento della attività di emergenza sanitaria territoriale, le Aziende Sanitarie Locali conferiscono incarichi a tempo indeterminato secondo il seguente ordine di priorità:

- a) ai medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale nelle Aziende, anche diverse, della Regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti e nelle Aziende, di altre Regioni, anche diverse, ancorchè non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I periodi di servizio effettivo devono essere maturati alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento. Per l'assegnazione di tali incarichi, i medici sono graduati in base all'anzianità di servizio, e secondo i criteri stabiliti dall'art. 92., comma 6, ACN 29.07.2009.
- b) ai medici inclusi nella graduatoria regionale settore emergenza sanitaria territoriale valida per l'anno in corso e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:
  - b1)medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale di cui al Capo III;
  - b2)medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa Regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
  - b3)medici inseriti nella graduatoria regionale settore emergenza sanitaria territoriale, con priorità per quelli residenti nell'ambito della Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante.

Al fine del conferimento degli incarichi vacanti in caso di pari posizione, i medici di cui all'art.92 , comma 5, lett.a, sono graduati nell'ordine della minore età, voto di laurea e infine anzianità di laurea.

**I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento ( art. 15 comma 11 ACN 29.07.2009)**

Per concorrere al conferimento degli incarichi gli interessati devono essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, conseguito dopo la frequenza e il superamento dell'esame finale dei corsi di formazione svolti dalle Aziende Sanitarie Locali entro il termine della presentazione della domanda per la copertura del turno vacante. **Per il possesso del titolo, gli interessati devono presentare una dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, già inserita nel modulo della domanda. La mancata autocertificazione renderà invalida la domanda.**

Gli interessati devono **inviare separate domande, in carta libera, entro 15 giorni** dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, **alle Aziende Sanitarie Locali competenti** per territorio per i cui turni vacanti intendono concorrere, utilizzando l'apposito modulo conforme allo schema allegato, da completarsi in ogni sua parte. **La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.** In ogni domanda devono essere indicati gli eventuali altri incarichi per i quali l'interessato intende concorrere. Le domande dovranno essere **inviare esclusivamente tramite Raccomandata A.R.** e riportare chiaramente sull'esterno della busta la scritta:

**"DOCUMENTI PER LA PARTECIPAZIONE AI TURNI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE".**

**I moduli per la compilazione delle domande sono disponibili sul sito [www.salute.toscana.it](http://www.salute.toscana.it) alla voce Modulistica/Bandi (<http://www.salute.toscana.it/risorse/modulistica.shtml>)**



**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
(PER GRADUATORIA)**

Raccomandata A.R.

ALLA AZIENDA SANITARIA N. \_\_\_\_\_  
DI \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dr. .... nato a .....  
Prov..... il ..... Codice Fiscale .....  
Residente a ..... Via .....  
n..... CAP ..... Tel ..... Cell.....  
Indirizzo e-mail .....

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art.92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui all'Atto d'intesa Stato/Regioni del 29.07.2009 per l'assegnazione degli incarichi di emergenza sanitaria territoriale, vacanti presso Codesta Azienda Sanitaria Locale, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n..... del..... Fa presente di aver presentato domanda per la copertura dei posti vacanti anche presso le sottoindicate Aziende Sanitarie Locali:

ASL n. .... n.....n..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

A tal fine dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà):

1) di essere residente nel Comune di .....con decorrenza dal (g/m/a).....<sup>(1)</sup>

2) di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria

3) di essere/non essere<sup>(2)</sup> titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale dal .....Precedenti incarichi:

Regione.....Azienda.....dal .....al .....  
Regione.....Azienda.....dal .....al .....

4) di essere/non essere<sup>(2)</sup> titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa Regione presso l'Azienda Sanitaria n. ....di .....dal ..... Precedenti incarichi:

Regione.....Azienda.....dal .....al .....  
Regione.....Azienda.....dal .....al .....

5) di essere incluso nella graduatoria regionale settore emergenza sanitaria territoriale valida per l'anno 2009

6) di essere/non essere<sup>(2)</sup> in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 22 D.P.R. n. 292/87, all'art. 22 D.P.R. n. 41/91, all'art. 66 D.P.R. n. 484/96 o all'art. 66 D.P.R. n. 270/2000 o all'art. 96 ACN 29.07.2009 conseguito in data .....presso l'Azienda Sanitaria Locale n.....di.....Regione.....

7) di aver conseguito il diploma di laurea in data ..... con voto ...../110

8) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data .....

9) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei medici della Provincia di.....dal.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza  
 il domicilio sotto indicato:  
.....

Luogo e data .....

.....  
**(firma autenticata)\***

(\* **ATTENZIONE:** La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore ai sensi dell'art.38 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

**L'inosservanza di quanto sopra evidenziato comporta l'esclusione della domanda.**

- (1) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31/01/06.** In caso di indicazione del solo mese e anno la decorrenza verrà valutata dall'ultimo giorno del mese indicato; in caso di indicazione del solo anno la decorrenza verrà valutata dal 31/12 dell'anno indicato.
- (2) Cancellare la parte che non interessa**

**La mancata compilazione relativa ai titoli di servizio o al possesso dei requisiti, comporta l'esclusione della domanda.**

**Ai sensi dell'art. 13 del DLGS 196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.**

**N.B.**

- **I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento (ACN 29.07.2009, art. 15, co. 11)**
- **Si fa presente che ai sensi dell'art. 92 comma 10, ACN 29.07.2009 è cancellato dalla graduatoria regionale ai soli fini del conferimento degli incarichi di emergenza sanitaria territoriale, il medico che abbia accettato l'incarico per la copertura di un posto vacante.**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
(PER TRASFERIMENTO)**

Raccomandata AR

ALL' AZIENDA SANITARIA N. \_\_\_\_\_  
DI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dr. .... nato a .....  
Prov. .... il ..... Codice Fiscale .....  
Residente a ..... Via .....  
n. .... CAP ..... Tel ..... Cell. ....  
Indirizzo e-mail .....

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art.92, comma 5, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui all'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 29.07.2009 per l'assegnazione degli incarichi di emergenza sanitaria territoriale, vacanti presso Codesta Azienda Sanitaria Locale, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. .... del. .... Fa presente di aver presentato domanda per la copertura dei posti vacanti anche presso le sotto indicate Aziende Sanitarie Locali:

ASL n. .... ASL n. .... ASL n. .... ASL n. .... ASL n. .... ASL n. .... ASL n. .... ASL n. .... ASL n. ....

ASL n. .... ASL n. .... ASL n. .... ASL n. ....

A tal fine dichiara, ai sensi degli art. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà):

1) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Sanitaria n. .... di ..... della Regione .....  
dal .....

2) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale:

dal ..... al ..... ASL ..... Regione .....

dal ..... al ..... ASL ..... Regione .....

3) di essere/non essere<sup>(1)</sup> in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 22 D.P.R. n. 292/87, all'art. 22 D.P.R. n. 41/91, all'art. 66 D.P.R. n. 484/96 o all'art. 66

D.P.R. n. 270/2000 o all'art. 96 ACN 29.07.2009 conseguito in data ..... presso l'Azienda Sanitaria Locale n. .... di ..... Regione .....

- 4) di aver conseguito il diploma di laurea in data ..... con voto ...../110
- 5) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data .....
- 6) di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di.....dal.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

.....

.....

Luogo e data .....

(firma autenticata)\*

(\* **ATTENZIONE** : La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore ai sensi dell'art.38 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

**L'inosservanza di quanto sopra evidenziato comporta l'esclusione della domanda.**

**La mancata compilazione relativa ai titoli di servizio o al possesso dei requisiti, comporta l'esclusione della domanda.**

**1) Cancellare la parte che non interessa.**

**Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n.196/2003 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.**

**N.B.**

- I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono partecipare alle procedure per la copertura delle zone carenti solo per trasferimento, ai sensi dell'ACN 29.07.2009, art. 15 comma 11)
- Si fa presente che il medico che concorre all'assegnazione di un incarico vacante avvalendosi della facoltà di cui all'art. 92, comma 5, lett. a) ACN 29.07.2009, in caso di accettazione, decade dall'incarico di provenienza.